

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DILATATION DE L'ESTOMAC

ET DES
TROUBLES PSYCHIQUES QU'ELLE PROVOQUE

ÉTUDE DE PATHOLOGIE NERVEUSE ET MENTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
FRANCIS DEVAY

EX-INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE LYON

INTERNE A L'ASILE DE BRON

Né à Chaponost (Rhône), le 1^{er} juillet 1865.



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DILATATION DE L'ESTOMAC

ET DES
TROUBLES PSYCHIQUES QU'ELLE PROVOQUE

ÉTUDE DE PATHOLOGIE NERVEUSE ET MENTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
FRANCIS DEVAY

EX-INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE LYON

INTERNE A L'ASILE DE BRON

Né à Chaponost (Rhône), le 1^{er} juillet 1865.



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Clinique médicale	{	MM. LÉPINE.
Clinique chirurgicale		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générale		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET,	agrégé.
Accouchements	POULLET,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ETIÉVANT, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PIERRET, Président; M. RENAUT, Assesseur; MM. AUGAGNEUR et WEILL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRET

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BRON

AVANT-PROPOS

Le travail que nous présentons a pour but l'étude des troubles nerveux, liés à la dilatation de l'estomac.

Pendant notre internat à l'asile de Bron, alors que nous avions l'honneur d'appartenir au service de M. le professeur Pierret, notre attention a été souvent attirée sur la recherche de l'état des viscères thoraciques et abdominaux, recherches qui devait être un guide sûr dans la recherche de l'affection vésanique.

M. Pierret nous a conseillé d'examiner les rapports qui existent entre l'aliénation mentale et la gastrectasie, en nous appuyant sur les récents travaux de M. Bouchard et de son école, et sur ses propres résultats thérapeutiques.

Nous avons examiné un grand nombre de malades sans parti pris et sans connaissance des travaux précédents sur la dilatation de l'estomac chez les aliénés : nous nous sommes rendu très rapidement compte que la dilatation de l'estomac existait presque exclusivement chez les lypémaniques.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Pierret et de lui témoigner toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il a eu pour nous et les indications qu'il a bien voulu nous donner au sujet de ce travail.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le Dr Brun, qui a guidé nos premiers pas en aliénation mentale, et qui nous a fourni une observation intéressante de dilatation de l'estomac chez un lypémanique présentant de la claustrophobie, à nos collègues MM. Viallon et Paret, qui m'ont aidé dans la recherche et l'examen des malades, et à M. le Dr Royet, chef de clinique, qui nous a fourni des renseignements bibliographiques.

Nous divisons ce travail en cinq chapitres.

Le premier est consacré aux recherches historiques. Dans le deuxième nous étudions les fermentations qui se produisent dans l'estomac dilaté et leur rôle pathogénique.

Dans le chapitre troisième, nous publions 20 observations, dont 19, inédites, ont été recueillies pendant

notre internat ou fournies par M. le professeur Pierret.

Dans le chapitre quatrième, nous groupons, au point de vue psychique, les symptômes présentés par nos dilatés délirants.

Nous consacrons le chapitre cinquième à quelques considérations et au traitement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0069

CHAPITRE PREMIER

RECHERCHES HISTORIQUES

L'étude des auteurs anciens nous montre qu'ils n'avaient que vaguement vu l'importance des troubles de l'estomac dans la psychopathie. Ils attachaient une grande importance aux modifications du liquide biliaire. Ils avaient cependant remarqué que la mélancolie coïncidait assez souvent avec les troubles intestinaux.

Hippocrate traitait les mélancoliques par des purgatifs. Arétée de Cappadoce, Celse, Galien, expliquaient le même mode thérapeutique. Les médecins qui ont écrit sur la mélancolie n'ont été que les fidèles copistes d'Aristote, de Galien. Aussi, n'ont-ils pas émis d'idées originales jusqu'au xvii^e siècle.

A cette époque, signalons de Sennert (1620) qui attribue à l'estomac une grande part dans l'origine des affections mélancoliques. « Il existe, dit-il, un suc épais, semblable à l'atrabile, renfermé dans le ventricule enflammé, duquel il s'élève au cerveau des vapeurs qui en altèrent les fonctions. »

Zacchas admet que l'hypocondrie tire son origine de l'estomac. Les vents et les humeurs viciées, produit des mauvaises digestions, sont âcres et irritants et pour ainsi dire des poisons, cause des désordres de l'économie animale.

A cette même période N. Higmare (1670) semble avoir entrevu la dilatation de l'estomac; il parle du relâchement des fibres de cet organe chez les mélancoliques, chez qui il y a un phlegme visqueux, lequel devient aigre et acide et engendre un sang trop subtil.

Hoffmann a décrit une forme de mélancolie liée à l'irrégularité des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin.

Vieussens (xvii^e siècle) croit que les flatuosités dont se plaignent les hypocondriaques tiennent à la fermentation des levains impurs contenus dans l'estomac, et qui communique au sang des propriétés vicieuses.

Esquirol admet comme source de la mélancolie, les troubles de la digestion. Il crée le mot de *lypémanie*. Il a publié le relevé des altérations thoraciques et abdominales dans 168 autopsies de lypémaniques. *Le colon est déplacé dans 35 cas*, les ulcérations de l'estomac ou du pylore dans 6 cas, les ulcérations de l'intestin ou du rectum 7 fois.

Les lésions de l'estomac ne frappent pas par leur fréquence de même que celles du foie et de la vésicule biliaire, M. Esquirol n'a pas tenu compte de l'état inflammatoire des membranes muqueuses, car cet état, dit-il, est fréquent chez les lypémaniaques. Ce déplacement du côlon est comme un précurseur de l'entérop-tose de M. Glénard.

Avec Pinel et Esquirol, l'aliéniste doit s'appliquer à l'étude clinique des maladies mentales, mais en suivant les procédés des psychologues et en appliquant aux leçons de l'entendement les procédés de l'observation médicale. Ces doctrines ont eu force de loi, surtout en France, pendant de longues années.

Cependant la négation presque absolue des lésions matérielles ne pouvait manquer de contradicteurs. La réaction a commencé par les anatomistes. Malgré les découvertes de la paralysie générale, les auteurs croient que les autres formes d'aliénation mentale ne comportent point de lésions, et même Georget tendrait à supprimer toutes les causes physiques de l'aliénation mentale, en disant qu'il n'existe point de folies sympathiques.

Néanmoins Esquirol avait créé la folie puerpérale et indiquait la possibilité d'un rapport entre les lésions intestinales et la folie. Puis on en vint à reconnaître qu'il n'est pas un point de l'économie dont les lésions ne puissent se traduire chez les sujets prédisposés par un trouble psychique. L'ensemble de ce grand mouvement se trouve résumé dans l'excellente thèse de M. Ch. Loiseau et dans la discussion à laquelle ce travail a donné lieu à la Société médico-psychologique, vers 1857.

Cependant quelques aliénistes admettaient que l'estomac pouvait bien déterminer des troubles psychiques, et les expliquaient par la théorie des humeurs viciées.

Bayle consacre une partie de sa thèse aux folies sympathiques : l'entérite et la gastro-entérite donnent lieu à des désordres cérébraux caractérisés par des idées fixes d'empoisonnement, par suite les malades refusent les aliments.

Maury cite l'observation d'un ingénieur qui devint mélancolique à la suite d'une maladie de l'estomac, et en fut débarrassé que par la guérison de celle-là.

Sandras, dans son *Traité des Maladies nerveuses*, avait aussi insisté sur les altérations de l'appareil digestif dans certains états nerveux, qui très souvent pouvaient être les prodromes de la folie. Ellis, et ici les faits sont plus précis, dans son *Traité de l'Aliénation mentale*, traduit par Archambault (p. 110, obs. 36), rapporte, entre autres, l'histoire d'un malade sujet à de fréquents accès d'aliénation mentale et qui est très intéressante : « *s'il survient des troubles dans les organes digestifs du malade, une attaque de folie en résulte* aussi sûrement que l'esquinancie chez les personnes prédisposées à cette maladie, quand elles s'exposent à un froid intense.

Revenons à cette fameuse discussion de la Société médico-psychologique où tous les aliénistes distingués prirent la parole. Les uns, avec Baillarger, refusent d'admettre ce groupe dans le cadre nosologique. Ils sont portés à croire que l'organe malade n'est pas le point de départ de l'aliénation mentale, qu'il ne fait que réveiller une prédisposition existant déjà en germe.

Les autres avec Belhomme, Bayle, Maury, Legrand du Saulle, etc., apportent des faits qu'ils interprètent dans le sens de la défense des idées exposées par Loiseau.

Quoique l'influence des lésions organiques sur le développement des troubles psychiques soit admise à peu près généralement dans les observations publiées d'aliénation mentale, il est très rare que l'état somatique soit complet. Même dans le résultat des autopsies, l'état de l'estomac est rarement noté. Ainsi le Dr Ingels publiant le résultat des autopsies faites à l'hospice Guislain, de mai 1856 à décembre 1885, n'a jamais mentionné les altérations de l'estomac. Il constate simplement la fréquence de la phtisie chez les mélancoliques et sa rareté chez les maniaques.

Morel, dans son *Traité des Maladies mentales*, consacre un chapitre aux *maladies des systèmes circulatoire respiratoire et digestif, considérées comme causes d'aliénation*. Il dit : « De toutes les grandes fonctions de l'économie, la digestion est celle qui, chez les aliénés, m'a toujours présenté les désordres les plus remarquables.... Chez les lypémaniaques les fonctions digestives le trouble des fonctions digestives se signalent par des signes pathognomoniques, haleine fétide, langue saburrale, constipations opiniâtres. » Il rapporte l'histoire d'un officier ayant contracté la dysenterie en Algérie et qui fut atteint secondement de mélancolie anxieuse. Dans un autre article il étudie *les aliénations mentales par intoxication*, mais limite le sujet aux altérations organiques produites par l'alcoolisme. Guislain (Leçons orales sur les phrénopathies) dit : que les évacuations

alvines survenant avec la période de décroissance morbide et se prolongeant un laps de temps plus ou moins long ont amené parfois de très heureux résultats.

Quelques années plus tard, Théophile Galicier étudie un symptôme produit par les affections de l'estomac; il décrit trois variétés dans le vertige stomacal. Le vertige stomacal simple, le vertige dyspeptique et le vertige par indigestion. Le vertige dyspeptique présente des phénomènes caractéristiques susceptibles d'être divisés en trois périodes: gastrique d'abord, puis céphalique ou vertigineuse et enfin soporeuse. En psychologie, le vertige est une hallucination de la perception et dans le traitement il faut considérer d'abord l'état dyspeptique et en deuxième lieu l'état nerveux.

B. Ball, dans ses *Leçons sur les maladies mentales* 1880-1883, admet que les affections des organes éloignés des principaux viscères de l'économie donnent naissance à l'immense famille des folies sympathiques dont le type est la folie génitale. Ce genre de folie ne peut éclore sans une prédisposition spéciale qui prépare pour ainsi dire le terrain sur lequel doit s'exercer l'action nocive de la maladie; ces causes morbides, dit-il, ne sauraient jamais atteindre l'intégrité des fonctions intellectuelles.

M. Régis, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, résume l'état de la sur les folies sympathiques. Parmi les aliénistes, les uns en sont partisans, les autres adversaires. Il est cependant évident pour tous qu'on observe quelquefois dans le cours des processus pathologiques extra-cérébraux des troubles mentaux en relation avec ces pro-

cessus. En dehors des cas où il n'y a qu'une simple coïncidence, comment expliquer ces faits? Y a-t-il sympathie entre le cerveau et l'organe lésé ou bien la déviation n'est-elle qu'un symptôme de l'affection?

M. Régis admet les folies sympathiques, sans préjuger en rien de la nature de la sympathie, parce que les folies symptomatiques sont très rares et parce que l'idée de symptôme implique plus ou moins l'idée de nécessité.

Voici le résumé de son mémoire : « Les folies sympathiques ne sont pas des formes cliniques caractérisées et susceptibles d'être diagnostiquées; elles se déclarent à propos d'un trouble somatique variable quant à sa nature et à son siège. Une manie puerpérale ressemble à une manie vulgaire. En l'absence de commémoratifs, on ne peut établir une différence.

Comme fréquence, les folies sympathiques, liées aux affections des voies digestives, occupent le second rang après les folies puerpérales; puis viennent celles liées aux affections cardiaques et à la phtisie.

Cette folie est dominée par l'hérédité; comme toutes les autres. Or, étant donnée l'influence du physique sur le moral, conséquence de l'influence mutuelle de tous les organes et de toutes les fonctions les unes sur les autres, il est inutile de faire une étude particulière de la folie sympathique. Chez un prédisposé héréditaire, toute cause physique ou morale peut faire éclater un accès d'aliénation. Quant aux idées bizarres des malades, ce sont des interprétations délirantes régies par la nature du délire, et d'autre part par la

sensation subjective réelle dans le cas d'affections internes, stomacale par exemple.

M. Régis a exclusivement présenté l'état de la science sur ce point particulier; il n'émet aucune idée personnelle ni originale.

Von Noorden (*Arch. f. psychiatrie* XVIII), étudie l'état de la digestion stomacale chez les aliénés mélancoliques. Voici ses conclusions :

« La production d'acide chlorhydrique après l'ingestion des aliments est accrue au point d'amener l'état connu sous le nom de suracidité du suc gastrique. Les conséquences de cet état sont : une digestion très prompte et complète des viandes dans l'estomac, tandis que les féculents y subissent une modification à peine sensible. L'estomac se vide avec une rapidité surprenante, en trois ou quatre heures il est vide. En dehors des périodes digestives, il ne se produit pas de sécrétion de suc gastrique.

« L'acidité de ce suc n'a pas de suite fâcheuse. Ce qui s'explique parce que le degré d'acidité est relativement modéré, oscillant de 0,28 à 0,40 pour 100.

« Chez deux mélancoliques, il a trouvé la digestion très normale. Chez les mélancoliques en train de devenir déments, l'acidité du suc gastrique tombe au-dessous de la normale. »

Cet auteur n'a jamais remarqué la dilatation de l'estomac; qui n'était du reste considérée dans ces derniers temps encore que comme une simple curiosité pathologique. Dans son traité de dyspepsies gastro-intestinales (1881) M. G. Sée admet que la dilatation est un simple trouble de la nervo-motricité.

M. Bouchard, étudiant la question sous un autre aspect a montré la fréquence très grande de la dilatation de l'estomac et lui a attribué des conséquences nombreuses et importantes. L'estomac dilaté, celui qui n'est pas capable de s'amoinrir en se rétractant, deviendrait le lieu de résorptions toxiques susceptibles d'influencer l'organisme entier et d'amener les manifestations les plus variées. Il créait ainsi une donnée pathogénique très ingénieuse et très vraie, fertile en résultats, qui sont vérifiés chaque jour. Il est possible que cette théorie ait été inspirée par le dicton populaire à Lyon : avoir une poche d'eau sur l'estomac c'est être triste; de même les rebouteurs disent en parlant des mélancoliques, des hypocondriaques : il a l'estomac décrocheté; la théorie de l'enteroptose de M. Glénard est en germe dans cette expression.

MM. Bouveret et Devic, dans un travail récent paru dans la *Revue de médecine* (1892) sur le tétanie d'origine gastrique, démontrent qu'une substance convulsivante, la peptotoxine, peut prendre naissance dans l'estomac dilaté par la réaction de trois éléments : la peptone, l'alcool et l'acide chlorhydrique. Cette peptotoxine serait une syntonine à laquelle l'alcool donne des propriétés nouvelles : l'odeur vireuse, la toxicité et le pouvoir convulsivant.

Dans nos observations, nous avons des dilatés de l'estomac ayant présenté à un moment donné des phénomènes convulsifs.

Zacchi (janvier 1890, *lo Sperimentale*), rapporte un cas d'épilepsie qu'il attribue à une excitation partie de

l'estomac, très dilaté. L'auteur penche vers la théorie de l'intoxication par résorption stomacale.

Dans les années précédentes, en Allemagne surtout, on a discuté sur la dyspepsie nerveuse et sur ses rapports avec la neurasthénie. Pour les uns, le vice du fonctionnement stomacal est le fait primordial, la neurasthénie, le fait secondaire; pour d'autres, le nervosisme est la cause première des manifestations gastro-intestinales.

En France quelques auteurs ont remarqué le rapport qui existait entre les troubles gastro-intestinaux et la mélancolie. Le Dr Dericq a communiqué deux cas de mélancolie jugés par un urticaire, qui n'est pas rare chez les dilatés.

Si nous voulons résumer cette rapide exquise historique, nous trouvons que la dilatation de l'estomac, dans ses rapports avec l'état nerveux et psychique, a passé par plusieurs phases bien distinctes.

Dans une période antérieure, au milieu du XIX^e siècle, on sait que certaines psychoses sont liées à l'état gastro-intestinal; mais on n'y ajoute qu'une vague importance, et on n'essaie pas d'expliquer ces troubles. Cependant le ptyalisme avait été signalé par Pinel et Esquirol comme crise d'une maladie mentale.

Une deuxième période est caractérisée par l'éclosion de la théorie des folies sympathiques avec Loiseau, Bayle, Maury, Legrand du Saulle.

La troisième période est contemporaine; on rattache la gastrectasie aux troubles de la nervo-motricité gastro-intestinale; on indique ses relations avec la neurasthénie. Enfin on montre qu'elle peut jouer elle-

même un rôle pathogénique considérable, que beaucoup de manifestations pathologiques lui sont attribuables; M. Bouchard et son école rapportent à des auto-intoxications les accidents à distance seulement et variés.

Au Congrès de médecine de Paris (1889), M. Bettencourt Rodrigues a fait une communication sur *l'influence des phénomènes d'auto-intoxication, et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques*. Il cite trois observations de Dessaignes avec dilatation de l'estomac, chez qui le traitement antiseptique a pleinement réussi, aussi bien au point de vue de l'état général que de l'état psychique (9 août).

M. le professeur Pierret, ainsi que M. Lemoine au même congrès, avaient fait remarquer que la dilatation de l'estomac, si fréquente chez les arthritiques, explique les troubles psychiques qu'on observe chez eux. (8 août. — Congrès de médecine mentale, Paris, 1889.)

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Depuis de nombreuses années, on avait remarqué, mais sans y apporter une grande attention, la coexistence des troubles nerveux avec le mauvais fonctionnement d'organes importants, l'utérus, le cœur, le foie, l'estomac. Dans l'état connu sous le nom de neurasthénie, les troubles des voies digestives sont presque la règle, et constituent une forme que, non sans raison, on a appelé la dyspepsie nerveuse. Ces altérations dans le fonctionnement des voies gastro-intestinales sont-elles la cause ou l'effet de l'épuisement nerveux?

Béard a rattaché aux troubles dyspeptiques un ensemble de phénomènes morbides qui constituent une

sorte de maladie générale à point de départ gastrique. M. Bouchard explique ces troubles par la résorption de produits de fermentations anormales développées dans l'estomac. M. Glénard admet l'origine gastro-intestinale des états neurasthéniques et décrit un complexus anatomo-pathologique, auquel il donne le nom d'entéroptose. Pour M. Bouveret, au contraire, les troubles gastro-intestinaux sont dominés par une perturbation primitive du système nerveux. Ils en sont l'effet et non la cause.

Dans ce travail, en nous basant sur les observations recueillies à l'asile de Bron, en nous appuyant sur les idées de M. Bouchard, défendant en même temps les opinions de M. Pierret, nous nous efforcerons de démontrer, sinon au point de vue pathogénique, du moins au point de vue pratique, c'est-à-dire thérapeutique, que l'état gastrique a une influence incontestable sur l'état nerveux en général et sur le développement des vésanies en particulier.

I

Les neurasthéniques, à des degrés divers, sont atteints à un moment donné de symptômes de dépression cérébrale. Ils subissent, comme le fait remarquer M. Weir Mitchell, une sorte d'amoindrissement de la personnalité morale. Ils deviennent à un moment donné le jouet de leurs moindres sensations. Leur mémoire, leur attention, leur volonté, leur force de résistance aux impressions venues du dehors sont étrangement

diminuées. Aussi ces malades ne peuvent-ils, sans fatigue, fixer leur attention sur un objet déterminé : « Le patient lit des pages entières sans comprendre ce qu'il a lu, ou bien il oublie rapidement, en quelques minutes, ce qu'il vient d'entendre. Il ne peut suivre le cours de ses idées; son esprit s'égare sur des pensées accessoires, étrangères même à l'objet de sa réflexion. » (Bouveret, *la Neurasthénie*, 1890).

En somme, il existe un effondrement de l'énergie morale. De plus, le caractère est notablement changé. L'individu, d'humeur douce et facile, devient emporté, impatient, sujet aux accès de mauvaise humeur. Il devient anxieux; il est pris d'une angoisse plus ou moins prononcée dès qu'il se trouve en présence d'un certain objet, ou dans une situation la plupart du temps toujours la même. D'autres sont atteints de claustrophobie (Bell), de la peur des foules, du vide, des orages, du tonnerre, d'une maladie. Mais ils n'ont pas de véritables hallucinations.

Ces états d'anxiété que nous avons à peine énumérés sont souvent classés dans le groupe des folies avec conscience. Ils ne constituent pas encore une psychose à proprement parler, mais simplement une forme cérébrale de la neurasthénie.

Un autre symptôme commun chez les neurasthéniques c'est l'hypocondrie, qui les rapproche des aliénés. Cependant, il y a lieu de distinguer l'hypocondrie neurasthénique. Quels sont donc ses caractères? Les préoccupations hypocondriaques de l'épuisement nerveux sont mobiles, variables, nullement systématisées. Le malade peut être convaincu, et cette conviction dure

quelque temps, de l'inanité de ses préoccupations. Suivant la nature et le siège de ses maux, il se croit atteint d'une maladie de cœur, de cerveau, de l'estomac, et quelquefois de plusieurs à la fois. C'est alors qu'il sera quelquefois utile de fixer l'attention du patient sur un organe qu'on traite pour amener la guérison. L'hypocondrie vésanique est en général plus tenace, plus systématisée, sans conscience. Il est inutile d'essayer de convaincre le malade du peu de fondement de ses maux. S'il existe une limite, elle n'est pas tellement grande qu'elle ne puisse être facilement franchie, surtout si l'état neurasthénique produit par la dilatation de l'estomac survient chez un héréditaire.

Les accidents nerveux des dyspeptiques, la plupart dilatés de l'estomac, sont classiques. Au réveil, ils ont de l'accablement qui disparaît assez rapidement; ils accusent des céphalées, avec un cercle douloureux autour de la tête, de la tristesse. Ils ont des vertiges, de l'insomnie, des hallucinations de la vue.

Ces sensations maladives, plus fréquentes qu'on ne le croit, peuvent facilement amener à la mélancolie par un processus tout naturel.

Ainsi, examinons ce que causent les migraines et les maux de tête chez les neurasthéniques. Ces symptômes d'un état dyscrasique dont une manifestation importante peut être la dilatation de l'estomac, par leur persistance, déterminent de l'insomnie, du ralentissement des fonctions nutritives. Comme conséquence, l'individu subira de la dépression intellectuelle qui préparera les hallucinations inconscientes, le délire, les actes impulsifs et aussi les idées de suicide. Sup-

posons que le malade soit un prédisposé héréditaire, la dépression morale deviendra de la tristesse, de la lypémanie. Il interprétera d'une façon erronée ses sensations, ses malaises, et les idées délirantes surviendront, et bientôt après les tentatives de suicide.

Du reste, au début des états délirants et comme prodromes, on trouve très souvent l'insomnie, le mal de tête et la constipation. Aussi le traitement s'adressant à la cause même décide-t-il fréquemment l'avortement du délire.

Cette dilatation de l'estomac n'a-t-elle pas une influence évidente sur le caractère, ne prédispose-t-elle pas à une forme spéciale d'aliénation mentale?

Le vulgaire dit : « un homme qui a un bon estomac a une bonne conscience. » Sans interpréter de cette façon les troubles de la digestion, nous devons reconnaître qu'ils provoquent des idées tristes; les dyspeptiques sont généralement sombres, très irritables, et pour peu que leur maladie soit intense, ils deviennent insupportables à leur entourage.

Dans ses leçons orales, Guislain s'exprime ainsi :
« qui n'admet les rapports entre le tube intestinal et
« les actes cérébraux, l'influence d'un estomac exalté
« par une inflammation morbide quelconque? Ces-
« taines personnes se plaignent d'avoir après le repas
« des idées singulières. Elles ont des pensées qu'elles
« ne voudraient pas avoir; elles voient tout avec in-
« différence; elles se chagrinent parce qu'elles n'ont
« pas d'émotions. Il suffit de quelques heures pour que
« cet état d'hypocondrie disparaisse. Qui oserait nier
« l'influence de la digestion? Qui ignore combien une

« constipation peut agir sur le caractère moral? Je
« me souviens d'une personne qui, chaque fois qu'elle
« était constipée, avait des hallucinations auditives et
« visuelles. Ne rencontre-t-on pas dans les névroses
« des viscères abdominaux les anomalies du moral les
« plus singulières. »

On peut avec raison admettre qu'un organe dont le trouble physiologique retentit d'une façon aussi intense sur l'intelligence d'un individu à cerveau bien équilibré devra se répercuter avec beaucoup plus d'énergie chez un prédisposé héréditaire dont le caractère est de délirer pour la moindre occasion, devra imprimer aussi un cachet particulier au délire.

A propos de l'hérédité, voici les expressions de M. Pierret au congrès de médecine mentale de Paris (1) :
« On sait que au point de vue de l'hérédité, l'arthritisme occupe à coup sûr le premier rang. Bien plus, il constitue la somme d'une foule de manifestations qui appartiennent toutes à la même famille. C'est le cycle arthritico-nerveux dans lequel se trouvent côte à côte la migraine, l'épilepsie, la goutte, l'hystérie, le rhumatisme, le diabète. Les arthritiques sont fréquemment des dyspeptiques, ils ont des dilatations de l'estomac, des troubles des fonctions intestinales ; d'autre part leur foie surmené cesse de s'opposer à l'introduction des poisons dans l'organisme. Par là se réalise une seconde condition pathogénique des accidents nerveux chez les arthritiques. Cette condition c'est l'empoisonnement secondaire.

(1) 8 août 1889.

« Les arthritiques font, d'une part, de la mauvaise chimie élémentaire et, de plus, ils sont soumis à des intoxications secondaires. C'est là une grande difficulté dans l'interprétation des troubles psychiques observés, délire aigu, manie, mélancolie, mais c'est aussi l'espérance lointaine, il est vrai, de trouver des moyens thérapeutiques en se fondant sur la connaissance de ce double facteur pathologique ».

De même que l'utérus malade après l'accouchement peut intoxiquer l'organisme et déterminer des folies puerpérales, ainsi l'estomac dilaté créera une sorte de folie toxique avec tendance à la lypémanie. Du reste, depuis longtemps déjà cette dépression intellectuelle avait été remarquée, mais assez mal interprétée. Bayle, dans sa thèse, étudiant les folies sympathiques, fait remarquer que l'entérite et la gastro-entérite donnent lieu à des phénomènes cérébraux caractérisés par la mélancolie, les idées fixes d'empoisonnement, le refus des aliments. Maury cite l'observation d'un ingénieur qui, atteint de maladie de l'estomac, ne tarda pas à présenter des symptômes d'affection mélancolique qui disparut après la cessation du malaise de cet organe. Mais pour Bayle, comme pour Maury, il s'agit d'un phénomène sympathique, tandis que pour nous, c'est une intoxication. De cette idée découle un mode de traitement qui donne souvent d'excellents résultats.

II

Il n'est pas douteux que l'estomac a une influence sur l'intelligence des individus ; cherchons maintenant comment s'exerce cette action nocive.

Depuis les savantes recherches de M. Bouchard, dans son livre sur les *Auto-intoxications* (1887), nous savons que le relâchement des fibres stomacales s'accompagne d'une altération, d'un état maladif de la muqueuse. Le suc gastrique n'est plus secrété dans des conditions normales ; l'acide chlorhydrique est très diminué ou trop dilué, il se produit alors par la stase dans le ventricule imparfaitement digéré, et aussi par les microorganismes qui y pullulent, des fermentations secondaires. Ces produits ont été reconnus comme possédant une grande toxicité, atténuée il est vrai par le fonctionnement normal de la glande hépatique et de la glande thyroïde. Cette dernière, d'après une hypothèse émise dans une thèse de Lyon, sur le goître exophtalmique, détruirait surtout les poisons agissant sur le système nerveux.

Dans l'estomac dilaté se trouvent réunies beaucoup de conditions favorables aux fermentations : une grande quantité d'eau, des substances azotées et peptonisées, et, de plus, une température constante. La réunion de ces matériaux constitue un excellent bouillon de culture pour les microbes. Il ne reste plus qu'à l'ensemencer.

Mais les microbes pénètrent dans l'estomac avec beaucoup de facilité. Ils y entrent avec les aliments, avec la salive, qui entraînent les poussières accumulées dans le pharynx, avec les déglutitions d'air surchargé de miasmes.

Cependant les fermentations ne s'opèrent que difficilement dans l'estomac à l'état normal; du moins quand il existe un suc gastrique normal. Quand ce liquide possède sa teneur physiologique en acide chlorhydrique, c'est-à-dire plus de 1 gr. pour 1000 d'HCl anhydre, il est un obstacle absolu à la pullulation bactérienne. Les aliments ingérés sont digérés. Une partie est absorbée, une autre passe dans l'intestin pour y subir les transformations ordinaires.

Lorsque la succession des phénomènes digestifs ne se produit plus dans l'ordre habituel, il en est bien autrement. Que le suc gastrique disparaisse, ou bien qu'il renferme moins d'acide chlorhydrique, on verra apparaître une foule de perturbations qui peuvent survenir chez certaines personnes pour peu de chose : pour un coup de froid, pour une émotion, tandis que la digestion ne sera troublée en rien chez d'autres. Du reste, M. Brieger a découvert une ptomaïne de la peptone, il propose de l'appeler peptotoxine. Elle résulte de l'acte même de la peptonisation.

L'indigestion est le type de ces troubles rapides de l'estomac; c'est une intoxication par les substances que l'on n'a pas digérées. Par suite de l'insuffisance de l'acide du suc gastrique, les microbes pullulent, putréfient les albuminoïdes et donnent lieu à la production de gaz fétides, d'acides gras volatils, d'alcaloïdes putrides.

C'est ce qui fait éclater les accidents toxiques, résultat de l'absorption de tous ces corps. Mais la réaction n'est pas égale chez tous les hommes, les uns auront des vomissements simples, d'autres des migraines, d'autres enfin présenteront tous les accidents d'un empoisonnement aigu.

Il y a donc une question de terrain. Il en est de même de la dilatation de l'estomac qui chez les uns ne se traduira que par la constipation, la lenteur des digestions accompagnée quelquefois de vomissements, c'est la forme dyspeptique de M. Bouchard.

On peut encore observer une foule de symptômes que l'on qualifie de réflexes et qui en réalité sont d'origine toxique. Ce sont les accidents nerveux des dilatés, l'accablement au réveil, le cercle douloureux autour de la tête, la sensibilité au froid, les sueurs nocturnes localisées à la tête, au cou et au thorax, sueurs qui ont une odeur fade ou aigre; les accidents cutanés, urticaire, acné, eczéma; les accidents du côté des muqueuses chargées d'éliminer les matières gazeuses, les acides gras volatils qui résultent des fermentations anormales; les troubles rénaux, l'abuminurie, la peptonurie, etc., etc.

Tous ces phénomènes physiologiques forment des types spéciaux de dilatation de l'estomac : cardiaque, asthmatique, cutané, rhumatismal, névrosique. Ils ressortissent tous naturellement des intoxications causées par les fermentations.

Quels sont donc les poisons contenus dans le tube intestinal et en particulier dans l'estomac, à la suite de la dilation? On peut les diviser en deux groupes

avec M. Bouchard : les alcaloïdes et les toxines de la fermentation.

L'histoire des alcaloïdes de la putréfaction est récente. Bergmann et Schmièdeberg, en 1868, ont isolé un corps toxique qu'ils appelèrent la *sepsine*. Puis Zülger et Sonnenstein (1869) ont signalé des alcaloïdes analogues à l'atropine et capables de dilater la pupille et d'accélérer le cœur. Signalons encore les recherches de Selmi et d'A. Gauthier et celles plus récentes (1880) de Brouardel et Boutmy.

D'autres poisons existent dans les produits de la fermentation. Ce sont les acides acétique, butyrique, valérique, sulfhydrique, l'ammoniaque, les ammoniacales composées, ces corps toxiques produits dans l'estomac déterminent des accidents. Senator cite un cas dans lequel on a pu démontrer que les phénomènes graves d'une indigestion vraie étaient d'ordre toxique. Les accidents : lipothymies, anxiété, obnubilation étaient dus à l'acide sulfhydrique, qui put être décelé dans l'intestin d'abord, puis dans l'émonctoire urinaire. M. Bouchard cite aussi une observation d'un homme ayant mangé du poisson cuit de la veille et refroidi, qui éprouva les accidents ordinaires d'une indigestion d'abord stomacale, intestinale ensuite. Les accidents toxiques ne se sont montrés qu'après une véritable période d'incubation de huit heures, pendant laquelle les microbes avaient fabriqué une quantité de poison que l'ont peut évaluer à 15 milligrammes par kilogramme de matière fécale. MM. Lépine et Daniel Mollière virent un cas d'occlusion intestinale, suivi d'accidents simu-

lant l'intoxication par l'atropine, rougeur scarlatini-forme, mydriases, accélération du pouls.

Des faits que nous venons d'énumérer, on peut en conclure que la dilatation de l'estomac crée dans l'organisme un foyer de produits toxiques, une aptitude particulière des tissus à s'enflammer et des perversions de nutrition. Il n'est donc pas étonnant qu'elle produise des désordres nerveux et des troubles psychopathiques par une sorte d'intoxication autochtone, c'est-à-dire, par des substances pathogénétiques, originaires de l'organisme.

O. Mueller (*Neural Centralbl.* 1883) range en deux groupes les dyscrasies chroniques qui sont capables d'engendrer des troubles psychiques :

1° Le groupe de l'intoxication hétérogène, c'est-à-dire par des matières étrangères à l'organisme, telles que syphilis, malaria, alcool, ergotine, narcotiques, gaz toxiques ;

2° Le groupe de l'intoxication autochtone, autogène, c'est-à-dire par des substances originaires de l'organisme même, telles que : acétonémie dans le diabète, cholémie, urémie, goutte, rhumatisme, déchets dans les cas de dyspepsie, dans les maladies de la respiration. Dans ce groupe rentrent naturellement les phénomènes psychiques dus à la dilatation de l'estomac.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie dans la dilatation gastrique du trouble nerveux.

Une première théorie nerveuse, celle de Leven, croit que les troubles observés dépendent d'une irritation du

plexus cardiaque, par suite les désordres ne sont que secondaires.

Une autre théorie, celle de M. Glénard, admet que tous les troubles ont pour point de départ une modification dans la statique du tube intestinal, consistant dans le prolapsus du coude droit du côlon qui produit des rétrécissements, de plus dans un abaissement et une dilatation de l'estomac, et enfin dans un prolapsus du rein. C'est la théorie dite mécanique.

Une troisième théorie, celle de M. Bouchard, explique les troubles fonctionnels par la pénétration dans l'économie des toxines résultant des fermentations secondaires qui se passent dans l'estomac dilaté et qui produisent une véritable auto-intoxication.

M. Bouveret dans un travail déjà cité, se rattache en quelque sorte à la théorie de Leven ; il veut que l'épuisement nerveux soit le premier en date. Mais que ce soit l'épuisement des centres, que ce soit l'estomac qui commence, peu importe en somme. Le résultat est le même : fermentations secondaires. L'indication sera remplie en détruisant celles-ci dans leur germe.

Au congrès pour l'avancement des sciences (Paris 1889), M. Teissier a fait une communication sur *l'influence des maladies du foie sur le développement de certaines affections chroniques*. Les maladies dont il s'agit ne sont pas des troubles nerveux fonctionnels ou réflexes, mais de véritables maladies organiques de la moelle ayant pour point de départ une détermination morbide primitive sur l'appareil hépatique.

Il avait observé une atrophie musculaire progressive évoluant après des crises répétées de coliques hépati-

ques, un second cas d'atrophie de même nature consécutive à un traumatisme de la région hépatique. Deux autres observations, où la maladie de Parkinson a succédé à des manifestations pathologiques du côté du foie, lui ont fait penser qu'il pouvait bien avoir entre la lésion hépatique et la localisation spinale une relation de cause à effet.

On pourrait invoquer l'arthritisme, cependant les données de la médecine expérimentale nous permettent d'établir une dépendance entre les lésions du foie et les lésions des centres nerveux. Le foie étant entravé dans ses fonctions, on peut supposer que le défaut d'épuration hépatique ou la résorption de substances toxiquées à la surface des conduits biliaires érodés va devenir la cause d'accidents nerveux d'origine toxique.

M. Pierret prit la parole à cette occasion et rappela qu'il avait, au congrès de médecine mentale, soutenu la même thèse que M. Teissier vient d'exposer.

Cependant il diffère sur un point d'interprétation : au lieu de faire intervenir l'éraillure des canaux biliaires, M. Pierret croit qu'on peut penser à un autre mécanisme dont la connaissance dérive des beaux travaux de MM. Bouchard et Roger sur le rôle de foie comme destruction de certains poisons.

Un grand nombre d'états pathologiques du foie : thraumatisme, lithiase biliaire, cirrhose, etc., mettent cet organe dans l'impossibilité de remplir son rôle de barrière. Dès lors il y a possibilité d'intoxication et par suite de troubles nerveux dus à l'action de ces poisons sur les centres.

III

L'influence de la dilatation de l'estomac sur la folie peut être véritablement causale, prédisposante ou déterminante, ou bien elle peut simplement se faire sentir dans le cours de la folie pour en modifier la forme et la marche.

Le rôle étiologique de cette maladie est souvent facilité par de nombreuses conditions adjuvantes : telles que l'hérédité, la diathèse rhumatismale, le nervosisme congénital, les causes morales, les émotions vives et enfin toutes les causes qui peuvent favoriser le développement de la vésanie. Avec Griesinger on peut admettre que les maladies mentales sont : soit primitives, c'est-à-dire dues à une influence agissant directement sur le cortex, soit secondaires, c'est-à-dire produites sous l'influence d'un élément morbide se développant sur un autre point de l'organisme et dont l'action retentit nosologiquement sur le cerveau. Pour Griesinger il existe dans ce dernier groupe trois modes étiologiques :

1° Troubles de la circulation cérébrale dans lesquels il fait entrer les maladies du cœur, les affections artérielles.

2° Troubles intellectuels par irritation nerveuse, telle que blessure d'un nerf, folie génitale;

3° Troubles par nutrition incomplète du cerveau par un sang vicié ou défectueux. Ce mode pathogénétique

comprend les intoxications. Les maladies de l'estomac et du tube digestif en général en font donc partie.

Dans les autres classifications (Morel et Voisin), les maladies inflammatoires des appareils circulatoires digestifs, sont des causes vagues d'accès d'aliénation mentale.

Si nous étudions les causes mêmes de la dilatation de l'estomac, nous voyons que le corset est un facteur important. Dans nos observations, nous avons trouvé deux cas de déformation de cet organe par cette compression. Dans l'une, la forme du corset est traduite d'une façon exacte sur les viscères abdominaux en contact, le foie, est déprimé, et l'estomac divisé en deux poches, la rate elle-même est concave dans une autre, l'estomac est tubulaire.

Pour M. Chapotot, dans sa thèse inaugurale (1), le corset a une influence prépondérante dans ces dislocations, à lui seul il peut créer la dilatation de l'estomac. Nous croyons qu'il faut faire une part importante aux causes de débilitation des parois abdominales et de la tonicité du tractus intestinal : les grossesses, la neurasthénie, l'entéroptose. Quant à cette débilité du muscle stomacal, elle peut être le résultat d'une dégénérescence morbide, l'atrophie musculaire, consécutive elle même à une gastrite, à l'intempérance, à l'abus de l'alcool, aux maladies infectieuses.

(1) Thèse de Lyon, 1891.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Héréditaire. — Troubles de la menstruation. — Leur disparition n'a pas modifié l'état mental. — Lypémanie suicide. — Tentative de suicide. — Dilatation de l'estomac. — Amélioration et rechute.

C... Suzanne, 39 ans, marchande, célibataire, ayant fait déjà trois séjours à l'asile entre la première fois en 1870.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle morte dans l'enfance à 72 ou 74 ans, après 4 ou 5 ans de démence. Avait eu 9 enfants. L'aîné, un garçon, aurait 89 ans. Il en reste cinq. La mère de la malade parle constamment, répétant toujours la même chose sans savoir ce qu'elle dit, faisant une multitude

de gestes baroques, n'écoutant pas son interlocuteur et ayant une foule d'idées fausses, en somme une maniaque raisonnante.

Une tante maternelle, enfermée à l'asile de Bourg pour une lypémanie suicide, y est morte. Le fils de la tante maternelle morte aliénée a un penchant pour les alcools, ne peut supporter la boisson et sitôt qu'il a bu déraisonne pendant quelque temps.

Antécédents personnels. — Une instruction relativement bonne, est allée à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans. A 8 ans la taille a commencé à se devier et ses troubles sont allés en progressant jusqu'à l'âge de la puberté. Menstruation vers 15 ans, régulière jusqu'à l'apparition des troubles mentaux, c'est-à-dire jusqu'à 33 ans (18 mois avant son entrée). Pendant les deux périodes de maladie mentale, les règles sont complètement supprimées et leur retour a concordé avec la guérison des troubles psychiques.

Depuis l'âge de 20 ans est sujette à de la dyspepsie, à des pesanteurs pendant la digestion, pas de vomissements.

Quand elle lisait quelques romans, elle affectionnait les sujets tristes ; préférait les drames quand elle allait au théâtre.

Elle était marchande d'herbes ; depuis longtemps son commerce était peu florissant. Il y a 15 mois cet état de gêne dans ses affaires la préoccupe outre mesure ; elle appréhende pour l'avenir. Elle se voit pauvre, malheureuse, se désole et pleure. Pas de troubles sensoriels d'aucune sorte. La malade conserve la notion exacte de son état, elle comprend qu'il lui faudrait de l'énergie pour en sortir, mais elle ne se sent pas le courage de vouloir. La vie lui est à charge. Elle appelle la mort. Cet état se prolonge pendant 8 mois, pendant lesquels la digestion se fait mal. Avec l'amélioration de cet état gastrique, et le retour des règles la guérison s'établit, et persévère 5 ou 6 mois.

Les troubles digestifs reparaissent et la malade est pris d'un nouvel accès de mélancolie, pour lequel elle entre. Elle a peur de la vie, ne peut supporter la pensée de ce que l'avenir lui réserve ; voudrait quitter la vie. Se plaint de ne pouvoir remplir son rôle d'auxiliaire à l'égard de ses parents, se désespère de ne pouvoir réagir contre cette sombre tristesse qui l'accable, pleure.

A cette époque, 1878, fonctions digestives languissantes ; elle

mange peu, les selles sont irrégulières, la bouche amère; elle a des insomnies et le sommeil est agité par des rêves se rapportant à cet état de mélancolique.

Les facultés intellectuelles paraissent intactes; la mémoire est excellente. La malade a une conscience parfaite de son état, de sa tristesse, de cette angoisse morale qui l'accable; elle sent qu'il lui faudrait de l'énergie pour chasser ces idées, pour secouer cette tristesse; mais elle s'avoue impuissante.

Les sentiments affectifs sont conservés, mais la sensibilité morale est entièrement pervertie. Outre cette douleur morale qui l'opprime sans raison, elle se sent moins impressionnée qu'elle ne devrait l'être par la pensée de la mort. Elle s'exagère la gravité des charges que son état impose à sa famille.

Les règles sont revenues, sans amélioration de son état mental. Elle sort le 4 mai 1878. L'état mental s'est amélioré avec le bon fonctionnement de l'estomac.

Elle rentre le 10 mars 1881. Voici le certificat d'admission de M. Chambard-Henon. « Elle est atteinte de monomanie de suicide. Rien n'égale la violence de son désir de la mort. Ce n'est que par une incessante surveillance que ses parents l'ont empêchée de mettre son fatal projet à exécution. »

L'état de lypémanie est plus accentué que dans le séjour précédent.

Août 1881. — Tentative de pendaison. — Etat gastrique très mauvais.

1882. — La malade est améliorée, elle ne présente ni hallucinations, ni conceptions délirantes, mais est en proie à une mélancolie profonde se traduisant par des pleurs, des idées tristes, un découragement insurmontable, d'où résulte le dégoût de la vie et la tendance au suicide. Elle souffre en outre de phénomènes gastriques.

1883. — Février. — Sort guérie.

Rentre le 17 février 1883. — Nouveau certificat de M. Chambard-Henon : A peine sortie s'est mise à délirer.

Lypémanie impulsive violente au suicide.

Octobre 1883. — Elle va très bien; est très vive, un peu excitée

peut-être, raconte comment ses accès la prennent. Elle se croit bien guérie, par ce que jamais elle n'avait recouvré la mémoire comme actuellement. Elle ne se plaint plus de sa maladie d'estomac. Elle sort.

Elle rentre le 24 octobre 1889. Le certificat est de M. Chauveau. Il indique que la malade est atteinte de lypémanie avec tendance aux actes impulsifs.

A son entrée, on constate des troubles digestifs : la langue amère, des nausées, de l'insomnie, de la constipation, pas de vomissements.

Etat lypémanique, avec perversion de la sensibilité morale, et tendancé au suicide. Elle cherche à s'égorger aux lieux d'aisance.

Octobre 1890. — A eu de la fièvre pendant quelques jours avec de la constipation. Elle a suivi un traitement à la magnésie calcinée et au salicylate de naphtol. Les digestions se font bien mieux et l'état mental s'est amélioré ; elle est moins triste et n'a plus d'idées de suicide. Elle a encore cependant de temps à autre pendant les périodes digestives des crachements d'eau.

A encore des céphalalgies, moins fréquentes qu'autrefois, des insomnies. Inappétence. Dentition très mauvaise.

2 juin 1892. — Il existe de la dilatation de l'estomac ; la sonorité gastrique descend jusqu'au niveau de l'ombilic, et le clapotement se fait sentir jusqu'en ce point.

Traitement : antiseptiques intestinaux.

12 juillet 1892. — La dilatation est moins caractérisée. On a de la peine à trouver le clapotement. L'état mental s'est sensiblement modifié. La malade n'a plus d'idées de suicide, elle travaille à la couture ; cependant elle ne demande pas à sortir, parce qu'elle a l'appréhension de retomber malade.

Il existe un peu d'affaiblissement de la mémoire, mais pas du tout de déviation des sentiments affectifs.

OBSERVATION II

Hypocondrie. — Tentatives de suicide. — Hallucinations de la sensibilité générale. — Démence sénile. — Goître. — Dilatation de l'estomac.

Bourg. Femme V., sans profession, âgée de 62 ans, entre à l'asile le 19 juin 1887.

Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Elle aurait fait un séjour, il y a 20 ans, à l'asile de l'Antiquaille. A eu une fille, morte il y a 25 ans, de transport au cerveau.

Deux mois avant son entrée, la malade était agitée, cherchait à se détruire, disant qu'elle n'a pas le corps d'une femme, que son corps est absolument vide, qu'elle surnagerait si elle se jetait à l'eau.

Elle a disparu de chez elle pendant quatre jours, elle n'a pris aucune nourriture.

Août. — *Hypocondriaque.* Elle ne sent ni son estomac, ni son corps, ne sent pas le manger, etc. Elle n'a de chaleur que dans les plantes des pieds et dans les mains. A un air tourmenté. Mutisme presque absolu.

Elle sort au mois d'octobre 1887, l'état mental très amélioré. Elle rentre au mois de mars 1888; le certificat d'admission dit qu'elle est atteinte de délire hypocondriaque.

L'amélioration qui avait permis sa sortie n'a duré que huit jours, après lesquels elle a cherché à fuir pendant la nuit. Depuis cette époque, elle n'a voulu s'occuper à aucune des choses de son ménage.

L'insomnie a été persistante. Les idées de suicide envahissent très souvent la malade. Elle a cherché à se noyer ; elle veut que son corps *aille dans le Rhône*.

Son délire lypémanique est très accentué, il est très difficile de la faire manger. Elle n'a point de corps, point d'estomac, elle peut vivre sans manger, elle n'a rien mangé depuis cinq mois. Elle ne vit que par les yeux et les quatre membres. Il faut qu'elle jette à l'eau ce qui lui reste de sa personne, ou bien qu'on lui ouvre les quatre veines.

Hypertrophie thyroïdienne. Trouble particulier de l'articulation des mots, probablement congénital.

La mémoire et les facultés intellectuelles sont assez bien conservées.

Extrême maigreur. Teint jaune terreux.

Mars 1889. — Aucune amélioration à noter, n'a pas besoin de manger, boire ou dormir pour vivre. Il faut qu'on la jette à l'eau pour qu'elle guérisse.

1892. — A la voix goîtreuse ; la respiration est bruyante et de temps à autre, la malade a des accès de dyspnée ; elle est très facilement émotive.

Elle sait bien pourquoi on la garde à l'asile ; c'est parce qu'elle veut se noyer ; c'est le meilleur remède, puisqu'on ne peut la guérir. Elle a le corps large dedans ; quand elle mange, c'est comme si elle ne mangeait.

Sonorité gastrique très accrue ; elle dépasse à droite la ligne médiane et s'étend au-dessous de l'ombilic. Le clapotement gastrique se fait entendre à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Juillet 1892. — Commencement d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Légère incohérence. Démence sénile.

Mêmes symptômes gastriques.

OBSERVATION III

Hérédité. — Mélancolie suicide. — Fausse stupeur. — Hallucinations terrifiantes de la vue. — Dilatation de l'estomac. — Amélioration par le traitement.

Antoinette B..., 24 ans, dévideuse, célibataire. Sait lire et écrire, entrée le 28 mai 1887. A déjà fait un séjour de quelques mois à l'asile, en 1884.

Antécédents héréditaires. — Père vivant. A eu des crises épileptiques depuis l'âge de 15 ans ; il a encore eu une crise au mois de janvier, après être resté dix ans sans en prendre.

Mère morte à l'asile.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance jusqu'à ces derniers temps, Menstruation à partir de 14 ans, sans incidents particuliers.

Rien d'anormal ne s'était révélé dans l'état mental de cette malade, lorsqu'il y a deux mois, elle fit la rencontre d'un sorcier qui lui prédit son avenir. Elle devait épouser un mari qui lui ferait beaucoup d'enfants et qui serait tué. A partir de ce moment début de l'affection. Le caractère devient sombre, elle était inabordable, cessait de manger et avait des frayeurs la nuit.

Elle eut à plusieurs reprises des accès de manie aiguë pendant lesquels elle se jetait sur son entourage et cherchait à se suicider. Elle a mis dans ces tentatives toute l'énergie possible ; elle a voulu se jeter par la fenêtre, une autrefois se couper le cou avec des ciseaux, et deux ou trois fois s'étrangler avec une cravate ou un mouchoir de poche.

D'après les renseignements des parents, elle a des hallucinations terrifiantes de la vue, non seulement au moment des crises, mais encore d'ordinaire pendant la nuit ; elle voit des poignards,

des échafauds, des spectres, des hommes qui viennent pour la violer. Quand on l'observe, elle reste immobile, mais ses traits se contractent; quand on veut la remuer, elle résiste.

Elle refuse presque toute nourriture. L'estomac est dilaté. Traitement. Antiseptiques intestinaux.

Septembre. — Commence à se débrouiller; elle se demande si elle n'a pas été le jouet d'illusions. Elle a encore des idées délirantes. Elle croit entendre des voix qui lui parlent, croit que ses parents sont à l'asile. Prétend être affamée.

Etat physique. — Quelques troubles gastriques. Ballonnement du ventre. Pas de vomissements. Céphalalgie.

Signes de tuberculose pulmonaire évidents, de plus il existe un souffle systolique cardiaque très accentué.

Elle eut une période d'amélioration qui dura plusieurs années pendant lesquelles elle vécut au dehors. Elle rentre à l'asile en mai 1887. Pendant ces trois ans elle a eu successivement des périodes de calme et d'autres d'agitation. A la moindre contrariété, elle entre dans une agitation extrême et se livre à des voies de fait. Dans ces derniers jours, son état mental s'est aggravé. Elle a des insomnies continuelles. Elle refuse de manger. Troubles dyspeptiques.

Elle se retourne souvent pour regarder si quelque ennemi ne se trouve pas derrière elle, manifeste de la frayeur pour des riens. Elle a des hallucinations terrifiantes de la vue pendant lesquelles elle montre un individu imaginaire, en criant: « C'est lui, c'est lui, » des accès de méchanceté, suivis de crises de larmes.

La menstruation est régulière. Un peu d'anémie. Se plaint de souffrir de maux de tête.

1890. Bulletin de situation. — Etat mental de mélancolie semi-raisonnante.

1891. — Folie chronique avec excitation et persistance de la conscience; de temps à autre accès d'agitation.

Juin 1892. — Etat mélancolique. La malade est méchante, a des digestions pénibles, lentes. Des renvois aigres. Examen de l'estomac: sonorité gastrique perceptible jusqu'au niveau et un

peu au-dessous de la ligne ombilicale, ne dépassant pas la ligne médiane. Il est impossible de rechercher le clapotage, la malade contractant fortement ses muscles abdominaux. Traitement, magnésie calcinée et salol.

13 juillet. — La malade présente une meilleure physionomie, sa digestion se fait mieux. Elle a toujours de l'apathie, elle ne veut pas travailler, cela l'ennuie. Ne cherche plus à frapper, mais a conservé un petit air vainqueur.

La sonorité gastrique est la même ; impossible de rechercher le clapotage.

OBSERVATION IV

Début de l'aliénation par des troubles gastriques. — Dilatation énorme de l'estomac. — Refus des aliments. — Délire mélancolique avec idée de suicide.

Cette malade, sans avoir d'antécédents héréditaires bien nets, a toujours été timide et impressionnable. Elle s'est bien portée jusqu'à la mort de son père, arrivée il y a deux ans.

A partir de ce moment, obligée de gérer son bien, elle eut des ennuis, se surmena beaucoup. Elle perdit alors l'appétit, ses digestions devinrent irrégulières, elle présenta à plusieurs reprises des symptômes d'embarras gastrique accompagné de fièvre. Bientôt se montrèrent différents troubles intellectuels : la malade devint apathique, inerte, et présenta des symptômes de dépression coïncidant avec des idées d'indignité et de refus des aliments. A différentes reprises même elle a manifesté des idées de suicide. Internée dans une maison de santé privée où elle subit un traitement par le bromure de potassium à haute dose, son état ne fit

que s'aggraver. Amenée à l'asile de Bron, on constate à l'entrée une dilatation énorme de l'estomac avec entéroptose : la sonorité gastrique descend à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. Vomissements, constipation avec alternative de diarrhée, langue saburrale, appétit nul, refus complet d'aliments.

Etat de mélancolie anxieuse.

OBSERVATION V

Mélancolie. — Convulsive. — Forte dilatation de l'estomac. — Tuberculose pulmonaire et pleurale. — Autopsie.

Em. Bess, ..., journalière, 49 ans, mariée, sait lire et écrire.

Antécédents héréditaires. — Pas d'aliénés ni d'épileptiques dans la famille.

Elle entra à l'asile de Bron, le 1^{er} décembre 1891, elle y est transférée de la maison d'arrêt de Lyon.

Certificat du D^r Coutagne. — Elle est atteinte de troubles mentaux caractérisés surtout par de l'excitation, des impulsions, dont elle ne paraît pas conserver le souvenir et un certain degré de démence. Elle est probablement épileptique et est irresponsable des vols qu'elle a commis.

Certificat du D^r Blanc. — Elle est atteinte de délire maniaque, elle est constamment agitée, prononçant des paroles incohérentes, parlant seule dans sa cellule, criant la nuit, se déshabillant, déchirant ses vêtements, frappant tous ceux qui l'approchent; elle répond assez bien aux premières questions, puis se met à divaguer.

Certificat de 24 heures. — Elle est atteinte d'affaiblissement intellectuel, avec perversion du sens moral.

Antécédents personnels. — La malade dit qu'elle prend des crises d'épilepsie depuis deux ans environ, qu'elles surviennent environ tous les quinze jours, aussi bien la nuit que le jour.

Elle raconte qu'elle a été mise en prison pour avoir volé des pommes de terre pour faire sa soupe.

Elle ne se souvient pas depuis combien de temps elle est à la prison ni à combien de temps elle a été condamnée,

Etat actuel. — La malade comprend bien les questions qu'on lui pose, mais y répond avec lenteur ; elle reconnaît elle-même qu'elle a perdu la mémoire depuis un temps qu'elle ne peut déterminer.

Le jour de son arrivée, la malade a eu dans la soirée une crise convulsive. Un quart d'heure après son souper, elle s'est mise à vaciller comme prise de vertige, et serait tombée si elle n'avait pas été soutenue. Elle n'a pas poussé de cris, n'a pas écumé ; elle avait des spasmes des muscles de l'avant-bras ; les poignets se contractaient dans différentes positions. La crise a duré dix minutes ou un quart d'heure, après quoi la malade paraissait comme obnubilée, avec un certain air agressif. Il semblait, dit l'infirmière, qu'elle se serait précipitée sur les personnes qui l'auraient contrariée. Elle était constipée depuis plusieurs jours.

Etat physique. — Rien d'anormal à la percussion du poumon. A l'auscultation aux deux sommets, le murmure vésiculaire est fort, l'inspiration est rude et légèrement soufflante au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Rien au cœur.

Le ventre n'est pas douloureux à la palpation ; il est souple

Pas d'hypertrophie du foie.

Langue saburrale, selles irrégulières. Dilatation de l'estomac.

Pas de tremblements fibrillaires des muscles de la langue ou des lèvres. Pas de tremblement des extrémités digitales. Pas d'embarras de la parole qui parfois est traînante. Les pupilles sont inégales la droite est plus dilatée que la gauche ; toutes deux réagissent mal à la lumière.

Marche normale.

La force musculaire est un peu affaiblie dans le membre supérieur droit.

Réflexes rotuliens abolis.

Réflexes plantaires exagérés.

Mai 1892. — La tuberculose pulmonaire évolue.

Râles de tous calibres, râles caverneux aux deux sommets, expectoration jaunâtre. Fièvre à type irrégulier, traitement. Naphtol B.

La malade n'a eu de crises convulsives avec vertiges que très rarement, lorsque les selles devenaient irrégulières.

Juin. — *Autopsie* — Cerveau et meninges ne présentent pas de lésions macroscopiques.

Poumons. — Tuberculose occupant les deux sommets : granulations, dépôts caséux, cavernules, quelques noyaux crétacés. Adhérences pleurales très nombreuses et anciennes.

Cœur, petit, mou, à tissu très friable, ne présentant pas de lésion d'orifice.

Le foie est de volume normal. A la coupe, aspect amyloïde.

Estomac. — Fortement dilaté, dépassant d'une main la ligne ombilicale.

OBSERVATION VI

(Observation de ZACCHI : *Lo Sperimentale*, janvier 1890).

Epilepsie. — *Catarrhe gastrique.* — *Dilatation de l'estomac.* —
Guérison par le lavage de l'estomac.

Homme 24 ans, mis en prison pour vol. Tête de volume ordinaire, sans asymétrie, d'expression peu intelligente.

Le début de la maladie remonte à 10 ans.

Antécédents héréditaires.— Les parents sont encore vivants, sa mère serait névropathe, ses frères sont bien portants.

Le malade a de fréquentes indigestions, le foie est gros, volumineux, l'estomac est extrêmement dilaté. Un accès d'épilepsie se termina par des vomissements.

Il a été traité par le bromure de potassium : 8 gr. par jour. Néanmoins les accès complets et incomplets augmentaient de fréquence, l'humeur du patient devenait de plus en plus triste, la mémoire se perdait, l'amaigrissement se prononçait de plus en plus, la dilatation gastrique s'accroissait. L'auteur se décida à employer les lavages de l'estomac, qui amenèrent rapidement une amélioration considérable, et les accès d'épilepsie ne reparurent plus. Il a suivi le sujet depuis un an, l'épilepsie et les troubles gastriques ne se sont pas renouvelés.

OBSERVATION VII

*Mélancolie, paresse. — Dilatation de l'estomac. —
Modifications dans l'état mental dans l'état gastrique.*

Jeanne V..., dévideuse de 22 ans, sait écrire et lire.

Antécédents héréditaires.— Père bien portant, mère morte à la suite d'un refroidissement, une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels.— Fièvre typhoïde, il y a deux ans et demi. Depuis cette maladie, la jeune fille se plaint de maux de tête très fréquents, Rêve très souvent, mais la nature de ces rêves n'a rien d'effrayant et n'a trait qu'à ses occupations habituelles.

La malade prétend qu'elle a parfois des maux de tête et alors salive beaucoup; deux ou trois fois elle serait tombée par terre,

mais ne se rappelle pas au juste dans quelles conditions; l'appétit est très irrégulier. Elle travaille quelquefois, mais à certains moments est obligée de s'arrêter, parce que ses nerfs, dit-elle, sont fatigués et l'empêchent de remuer ses doigts. Elle s'étire, étend les bras et les jambes.

Menstruation régulière, un peu de constipation, teinte pâle des muqueuses labiale et conjonctivale, insomnie.

Etat moral. — En interrogeant la malade, on voit qu'elle répond assez bien aux questions qu'on lui fait, mais si on insiste sur les faits qui ont motivé son internement à l'asile de Bron, elle se met en colère, jure ou refuse de répondre, ou rit parfois.

Traitement tonique. — Sirop iodé de fer, vin de quina et phosphate de soude, 0,50 par jour.

Août. — Ahurie, tendance au strabisme, les réponses sont peu nettes. Maux de tête moins fréquents: va mieux, est toujours très paresseuse.

Elle sort au mois de décembre bien améliorée.

Elle rentre le 26 mars 1889, avec de l'excitation maniaque.

Le certificat de 24 heures fait par M. le D^r Brun constate que elle est atteinte de déséquilibration des facultés intellectuelles avec perversion des instincts.

Juin 1892. — Elle salive beaucoup, a un sommeil lourd et de la céphalalgie au réveil. Elle est très apathique ne tient pas aux divertissements, parce qu'on se fatigue, ou se salit, on entend des bruits pénibles. Elle laisse les plaisirs à ceux qui en ont envie. Quelques idées d'indignité. Personne ne peut avoir confiance en elle. Elle n'est pas constipée, les digestions sont lentes et pénibles, la langue est saburrale.

Estomac dilaté. Sonorité gastrique perceptible jusqu'à un doigt au-dessous de l'ombilic; clapotement à ce niveau.

Cette dilatation a toujours été la même aux différents examens.

12 juillet. — Même état intellectuel, paresseuse, apathique. La malade raconte que lorsqu'elle digère bien, elle est plus vive.

Le traitement par le salicylate de naphтол a amélioré l'état gastrique, et l'état mental.

OBSERVATION VIII

Délire mélancolique. — Idées de persécution. — Conceptions délirantes multiples. — Migraines. — Dilatation de l'estomac. — Amélioration de l'état mental à la suite du traitement des troubles gastriques.

Zélie B..., âgée de 30 ans, a été sujette à des migraines violentes avec vomissements depuis l'âge de 15 ans.

Depuis neuf mois environ elle présente un délire mélancolique avec conceptions délirantes multiples et avec périodes d'excitation.

Elle est triste, reste inerte si on ne l'excite pas, a perdu son activité d'autrefois, voudrait rester couchée toute la journée et se croit empoisonnée par les aliments qu'on lui présente.

A plusieurs reprises elle s'est crue poursuivie par des démons, persécutée par des personnes qui lisent sa pensée et a présenté des périodes d'excitation anxieuse et motrice pendant lesquelles elle a parcouru une grande partie de la France.

L'examen physique révèle une dilatation stomacale bien appréciable avec augmentation de la sonorité gastrique, qui descend à deux travers de doigts au-dessous de la ligne ombilicale, bruit de clapotement, constipation et troubles dyspeptiques.

Le traitement par les antiseptiques (salicylate de naphтол et magnésie calcinée) amènent au bout de 3 semaines une amélioration notable des troubles gastriques qui est bientôt suivie d'une amélioration très marquée de l'état mental.

OBSERVATION IX

Délire des persécutions. — Affection cardiaque. — Dilatation de l'estomac. — Amélioration franche par le traitement.

Adèle Chap..., ménagère, 43 ans, sait lire et écrire ; entrée le 4 juin 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade est rhumatisante, migraineuse.

Etat mental. — Idées de persécution : la malade était concierge à l'usine Allégatière ; depuis quelque temps on lui faisait des misères, on l'accusait de dire du mal des personnes habitant l'usine, on prétendait qu'elle avait des amoureux, on la guettait même pour la surprendre. Un jour on a apporté dans sa loge un paquet de papiers d'affaires qui lui « causé une révolution » par son odeur. On pénétrait chez elle la nuit pour tenter de l'assassiner.

Etat physique. — La malade a bien maigri depuis quelque temps ; elle mange peu et dort mal.

Cœur : Pas d'hypertrophie ni de déviation appréciable. A l'auscultation on entend un souffle systolique à la pointe, un peu râpeux, couvrant en partie le premier bruit et se propageant vers l'aisselle et le cou.

La malade n'accuse pas de palpitations antérieures, n'est pas essoufflée.

Pouls normal, régulier.

Rien aux poumons.

Langue un peu blanchâtre, appétit diminué ; digestion lente et un peu douloureuse.

La sonorité stomacale descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remonte jusqu'à la sixième côte : on déter-

mine très facilement du clapotement. L'estomac est douloureux à la pression.

Le ventre est souple, douloureux à la pression vers les deux fosses iliaques.

Tendance à la constipation.

Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

Réflexes rotuliens normaux.

Pupilles dilatées. Physionomie exprimant la tristesse.

Traitement: 0 gr. 30 centigr. de poudre de feuilles de digitale; benzoate de naphthol, 3 gr. *pro die*; magnésie calcinée, 0 gr. 30 centigr.

Sous l'influence de ce traitement, l'état physique et mental de la malade s'est beaucoup amélioré. Le souffle systolique a diminué d'intensité, se confond avec le premier bruit qu'il prolonge. L'appétit revient, la digestion n'est plus douloureuse, la malade va régulièrement à la selle.

Les idées de persécution sont moins nettes, la malade commence même à douter de son délire.

OBSERVATION X

Hérédité. — Mélancolie. — Dilatation de l'estomac.

Marie M..., dévideuse, 53 ans, célibataire, illettrée, entrée le 8 juillet 1891. A fait déjà un séjour en 1890.

Antécédent héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine, mère morte d'un cancer de l'estomac. Une sœur morte dans un asile.

Antécédents personnels. — Ménopause à 44 ans. Fièvre typhoïde à 49 ans.

L'affection actuelle aurait débuté en 1889 par de l'excitation et par de la fièvre qui survenait tous les deux soirs. Elle venait de faire quelques pertes d'argent.

Habituellement elle parle peu, et la moindre contrariété devint chez elle une idée fixe. Elle a continuellement le souci de sa famille et a toujours peur de leur créer des ennuis et de la laisser dans l'embarras. Elle est très ombrageuse.

Actuellement l'idée qui la tourmente le plus c'est d'avoir quitté un appartement qu'elle habitait depuis très longtemps ; elle prétend qu'elle n'a point de logement et que jamais elle ne pourra s'habituer où elle est.

A son entrée, on constate des troubles dyspeptiques et de la dilatation de l'estomac très nette. Il n'existe rien du côté du foie. Pas de constipation habituelle.

Juin 1892. — La malade dit n'avoir jamais d'appétit, ne mange que du pain trempé dans du vin et un peu de rôti. Elle éprouve dans l'œsophage une sensation de brûlure, est constipée.

L'estomac est franchement dilaté. Le grand cul-de-sac descend à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; le clapotement gastrique est très net.

Juillet. — Elle ne va que tous les deux jours à la selle. Insomnie habituelle. Elle prétend avoir maigri. Cependant elle est adipeuse. Facies jaune-terreux. Soif vive.

Elle est très apathique et habituellement mélancolique. Le travail l'ennuie. Pas d'idées de suicide, pas d'idées de persécution.

Il est impossible de lui faire suivre un traitement ; elle se refuse à prendre tout médicament.

OBSERVATION XI

Hérédité. — Mélancolie anxieuse. — Dilatation de l'estomac.

Marie Galh, tisseuse, 55 ans, veuve, sait lire et écrire, entrée le 19 juillet 1891.

Certificat d'admission. — Cette femme dont la mère est morte aliénée, est atteinte depuis trois semaines de troubles psychiques, caractérisés par l'incoordination des idées, du délire général, de l'insomnie, des réveils effrayés, de l'agitation, du tremblement.

Certificat de 24 heures. — Mélancolie anxieuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 51 ans, à la suite d'une courte maladie. Mère morte aliénée à l'Antiquaille. Un frère d'un caractère sournois, a été toujours malade et d'une intelligence peu développée est parti depuis longtemps, et on n'a jamais su ce qu'il était devenu.

Trois sœurs actuellement bien portantes.

D'autres parents éloignés auraient présenté des troubles des facultés intellectuelles.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais joui d'une bien forte santé. Menstruation établie à 16 ans, régulière. Pertes blanches fréquentes et abondantes. Ménopause depuis 2 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis cinq à six mois, le caractère de la malade s'est beaucoup modifié. Elle était d'un caractère assez doux et s'occupait de son travail. Elle est devenue irritable, paresseuse ; elle avait à ce moment des troubles dyspeptiques. Inappétence, céphalalgie, constipation, digestions lentes et pénibles.

Etat intellectuel. — A l'entrée, la malade est anxieuse, pousse des soupirs continuels et saccadés : elle a des mouvements de mains continuels, ne simulant pas un acte intentionnel ; elle dit

qu'elle ne peut s'empêcher de bouger et de soupirer. Pas d'hallucination de la vue ou de l'ouïe.

Etat physique.— Poumons sains.

Cœur.— Pas de bruit anormal, les pulsations sont énergiques, la pointe bat dans le sixième espace intercostal en dedans du mamelon. Pouls régulier, un peu fort, bat 110 fois à la minute.

Foie.— Déborde les fausses côtes de un travers de doigt.

Estomac.— Sonorité gastrique augmentée d'étendue, bruit de clapotement.

La malade prétend avoir des selles régulières; mais en ce moment, on constate de la diarrhée.

Force musculaire bien conservée dans les membres supérieurs et inférieurs. Tremblements fibrillaires des muscles de la langue. Exagération très marquée des réflexes rotuliens des deux côtés.

L'acuité auditive est diminuée, le malade entend mal le tic-tac d'une montre à quelques centimètres de l'oreille sans qu'il soit possible d'établir une différence entre les deux côtés. N'a pas de bourdonnements d'oreille.

Urines non albumineuses, acides. Densité, 1,016. Quantité, 1423 cc. Dans les 24 heures, éléments fixes, 49 gr. 80. Acide phosphorique, 1,44. Chlore, 9,80. Acide sulfurique, 1,27. Urée, 20. Acide urique, 0,45.

Août 1891. — Va mieux, elle dort bien et commence à travailler. Constipation habituelle.

Elle voudrait être mise dehors parce que sa présence fait tort à ces dames ici. Elle pousse de temps en temps de petits cris. Dilatation de l'estomac.

Juin 1892. — Etat mélancolique, tristesse. Pas d'idées de suicide. Grande dilatation de l'estomac.

Juillet 1892. — Sonorité gastrique facilement appréciable, descendant jusqu'au milieu de l'espace séparant l'ombilic du pubis. Clapotement très net. Même état mental.

OBSERVATION XII

Mélancolie anxieuse. — Perversion du sens moral. — Intelligence faible. — Amélioration par antiseptiques intestinaux.

Célestine Mign..., tisseuse, 33 ans.

Pas de renseignements sur les parents de la malade ni sur ses antécédents personnels.

A l'entrée. La malade paraît anxieuse, a l'air de souffrir. Croit avoir commis de grandes fautes sur lesquelles elle ne paraît pas avoir d'idées bien nettes et veut être pardonnée.

Dit qu'on l'a amenée de la maison d'arrêt de Villefranche uniquement pour la promener. Elle vole et croit bien faire. Elle pleure un moment donné, rit autrefois ; a des idées de satisfaction assez mal caractérisées, sait tout faire.

Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe.

Etat physique. — Au cœur, il existe un léger prolongement du premier bruit à la pointe.

Pas d'athérome artériel.

Tube digestif. — La langue est rouge, vernissée ; les dents sont cariées. L'estomac est nettement dilaté. La sonorité stomacale s'étend au delà de la ligne médiane, mais ne dépasse pas l'ombilic.

Le clapotement est perceptible à ce niveau.

La malade dit avoir assez souvent de la diarrhée et des céphalalgies.

Rien aux autres organes.

Comme troubles de la sensibilité, il n'existe que de l'anesthésie pharyngienne.

Pas de troubles moteurs. Dilatation pupillaire.

Traitement. — *Pro die*, salicylate de nâphtol 1,50 et magnésie anglaise, 0,40.

13 juillet. — L'état intellectuel est sensiblement amélioré, mais la dilatation gastrique n'a pas varié.

OBSERVATION XIII

Mélancolie avec stupeur. — Dilatation de l'estomac. — Goitre. Amélioration par douches.

Marceline Bill., couturière, 27 ans, célibataire, sait lire et écrire, entrée le 26 janvier 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade n'a jamais été malade auparavant. Voici les renseignements donnés par les parents. Elle a été prise dans un accident, ou elle a failli perdre la vie ; une voiture a failli l'écraser. Rentrée chez elle, elle s'est agitée, se frappant contre les murs et criant qu'on voulait lui faire du mal. La crise a duré trois heures. Puis les jours suivants a pris de nouvelles crises. Ne dormait pas, refusait de manger. Pas de troubles menstruels.

A son entrée, l'estomac est dilaté et descend jusqu'au niveau de l'ombilic, il existe du clapotement jusqu'à ce niveau. — Inappétence. — La malade ne refuse pas complètement les aliments.

Insomnies. Céphalalgies au réveil. Constipation. Le foie est normal.

Scoliose avec gibbosité dorsale du côté gauche et légère saillie des côtes en avant et du côté droit.

Il existe une légère asymétrie faciale, la partie inférieure de la face est un peu déviée à droite, dents bien plantées, mais canne-

lées. Pas d'excavation anormale de la palatine, pas d'hypertrophie des amygdales. Hypertrophie du corps thyroïde.

État mental — État mélancolique très accentué avec stupeur. On est obligé de la secouer pour l'obliger à remuer. Elle ne répond pas aux questions et semble ne pas entendre. Elle pleure par moment et le facies exprime la souffrance.

Traitement. — Douches en jet de quelques secondes tous les jours et benzoate de soude 2 gr.

Juillet. — Amélioration très nette depuis quelque temps. Elle rit facilement, cause, raconte qu'elle entendait des voix qui la menaçaient et qu'elle voyait des personnes qu'elle croyait mortes... N'est pas sûre que ces choses n'existaient pas. Elle n'est plus mélancolique et travaille. Reste très émotive.

L'estomac est bien moins dilaté. A plusieurs examens, il a toujours été trouvé ne dépassant que de deux travers de doigts les fausses côtes.

Appétit normal.

OBSERVATION XIV

Fièvre typhoïde.— *Affection cardiaque.*— *Délire des persécutions.*— *Troubles gastro-intestinaux.*— *Aggravation de l'état mental.*

Adèle G..., 56 ans, dévideuse, célibataire, illettrée. Entrée le 17 décembre 1891.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, on note une fièvre typhoïde en 1871, un séjour de six mois à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une toux opiniâtre avec accès d'oppression.

A l'auscultation du cœur, on entend un léger souffle présysto-

lique, un peu de congestion pulmonaire, respiration difficile accès de dyspnée, estomac normal.

Au point de vue mental, cette malade présente un délire de persécution greffé sur un fond de faiblesse d'esprit congénitale.

Depuis quelque temps, la malade présente des symptômes dyspeptiques, la langue est blanchâtre, l'appétit est diminué, la digestion laborieuse, la constipation est la règle. L'estomac est dilaté et clapote à la percussion Cette dilatation n'est pas très grande. On remarque de plus des signes de dilatation cœcale.

Sous l'influence de cet état intestinal, l'état mental de la malade s'est aggravé.

Adèle G..., pleure presque continuellement, reste dans un coin à gémir, ne veut pas qu'on l'approche, dit des méchancetés lorsqu'on veut l'examiner. Est toujours persécutée et explique ses douleurs intestinales en disant que ses ennemis l'électrisent.

Juillet 1892. — Traitement au salicylate de naphтол. — Commencement d'amélioration.

OBSERVATION XV

*Hérédité. — Mélancolie. — Anxiété. — Balancement rythmique.
— Gémissements continuels. — Dilatation de l'estomac.*

Marie Bou..., 42 ans, raccommodeuse de parapluies, mariée, illettrée. Entrée à l'asile le 2 décembre 1889 ; a eu un frère interné à l'asile de Bourg.

Pas de renseignements sur les antécédents morbides de la malade.

Au point de vue mental, la malade est atteinte de mélancolie avec conscience. Elle ne cesse de pousser des cris plaintifs ; sa

figure exprime l'anxiété, la souffrance. C'est l'estomac dit-elle qui lui fait mal. « O mon Dieu, je souffre trop, je ne reverrai jamais mes enfants » ; elle répète incessamment cette phrase. Toutefois si l'on attire son attention, l'expression de sa physionomie change, les plaintes cessent et la malade répond assez bien aux questions qu'on lui adresse.

Balancement antéro-postérieur du corps et grincement des dents.

L'examen physique fait reconnaître une dilatation notable de l'estomac avec sonorité descendant à trois travers de doigt environ au dessous de l'ombilic et la palpation donne lieu à un bruit de clapotement.

Les selles sont irrégulières et la constipation est la règle. Pendant certaines périodes, cette malade présente des symptômes dyspeptiques plus marqués avec enduit saburral de la langue et constipation opiniâtre. Il est à noter que l'accentuation des troubles gastriques s'accompagne d'une exacerbation de l'état mental.

ORSERVATION XVI

Hypocondrie. — Dilatation de l'estomac. — Les Troubles dyspeptiques ont débuté.

Sch..., 42 ans, entrée le 8 octobre 1889, venant de l'asile de Villejuif.

Aurait des troubles dyspeptiques depuis de longues années.

Juin. — Etat physique. — Paraît avoir une santé assez bonne, est grasse. Prétend qu'elle vomit après le repas et qu'elle n'est soulagée qu'après le vomissement, et cela depuis trois ans. Elle a aussi depuis cette époque des alternatives de diarrhée et de selles

normales. Les surveillantes disent qu'elle est un peu farceuse, qu'elle se met le doigt dans le pharynx pour provoquer le vomissement, qu'elle a bon appétit.

On a essayé autrefois de lui faire des lavages d'estomac mais sans pouvoir les continuer, la malade ne voulant pas se laisser passer le tube de Faucher.

A l'examen de la région gastrique, on constate du clapotement sous-ombilical sans pouvoir en fixer les limites. La malade se roidissant et se débattant. Elle refuse de prendre des médicaments.

A des maux de tête après avoir mangé.

Etat mental. — Caractère très irritable ; elle est furieuse quand on l'interroge et répond : vous n'avez pas besoin de le savoir, ou je le dirai à qui de droit. Ne demande qu'une chose c'est qu'on lui laisse la paix.

Elle urine mal, ses urines sont quelquefois troubles. Elle est facilement suggestive.

OBSERVATION XVII

Délire hypocondriaque. — Périodes d'agitation anxieuse. — Troubles gastro-intestinaux. — Dilatation de l'estomac. — Amélioration physique et mentale, sous l'influence du traitement, des symptômes dyspeptiques.

Geneviève G..., entrée à l'asile en 1888, à l'âge de 52 ans.

Cette malade a eu la syphilis il y a 25 ans et a été traitée à l'Antiquaille.

Depuis deux mois elle présente un délire hypocondriaque très accentué. Elle se plaint de sensations douloureuses généralisées, dit que ses intestins et son estomac ne fonctionnent plus et croit avoir toutes les maladies dont elle voit souffrir les malades qui

l'entourent. A de certains moments elle pousse des gémissements répétés se dit perdue et se plaint de douleurs très vives dans tout le corps.

L'examen physique fait reconnaître une dilatation assez prononcée de l'estomac avec augmentation de la sonorité et bruit de clapotement. La langue est ordinairement un peu blanche et une observation attentive permet de reconnaître que cette malade présente des alternatives de constipation et de diarrhée.

Un traitement est institué contre les troubles gastro-intestinaux. On administre d'abord l'eau Châtel-Guyon, puis les amers, la teinture de strychnine et enfin le naphtol et la magnésie calcinée.

Sous l'influence du traitement, la malade engraisse, les fonctions digestives se régularisent et les troubles mentaux s'amendent d'une façon très marquée. La malade ne gémit plus, reconnaît qu'elle va mieux, se plaint beaucoup moins et s'occupe aux soins de propreté dans la division.

Cette amélioration persiste environ trois mois après la suppression du traitement.

Au mois de juin 1892, sous l'influence des chaleurs très fortes, les troubles dyspeptiques reparaissent et s'accompagnent d'une aggravation de l'état mental.

La malade ne veut plus travailler, reste couchée toute la journée et recommence à se plaindre et à gémir.

On donne de nouveau le naphtol et la magnésie, en même temps, on prescrit un régime approprié.

Après trois semaines, les troubles digestifs ont de nouveau disparu et la malade s'est beaucoup améliorée au point de vue mental.

OBSERVATION XVIII

Crises hystériformes nocturnes. — Dilatation de l'estomac. — Augmentation de volume du foie. — Amélioration par le traitement.

Lab..., femme Chevall..., ménagère, 58 ans, mariée, sait lire et écrire.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Névralgies fréquentes, parfois accès de goutte nerveuse. La malade a eu des crises d'hystérie bien caractérisée, elle décrit parfaitement la crise classique avec l'aura. Elle sent une boule monter le long du sternum pour arriver à la gorge où elle détermine un sentiment de suffocation. *A son entrée*, la malade pleure sans motif et éprouve souvent le besoin irrésistible de chanter. Elle n'a pas d'hallucination; elle raisonne parfaitement. On ne peut arriver à la faire délirer. Mais elle est insupportable. Les crises surviennent surtout la nuit; elle sont tantôt complètes, tantôt incomplètes et alors elles consistent en contractures passagères des membres. Jamais la malade ne perd connaissance, mais elle pousse des cris. Pas de délire.

État physique. — Dents cariées. Langue saburrale. Inappétence cephalées intestinales, constipation habituelle. Dilatation très nette de l'estomac. Sonorité gastrique descend à deux travers de doigts au-dessus de la ligne ombilicale. Clapotement à ce niveau.

Foie augmenté de volume. Du reste la malade a eu des douleurs dans la région hépatique, avec point douloureux dans l'épaule droite. Les crises n'ont débuté qu'avec les troubles gastriques et hépatiques. Légère teinte subictérique des conjonctives.

Au cœur, souffle systolique de la pointe.

Rien dans les autres organes.

Signes de dégénérescence. — Palais ogival. Occiput aplati. Oreilles petites, à lobule très développé. Asymétrie faciale.

Pannicule adipeux excessif.

Traitement. — Benzoate de soude, 2 gr.

16 juillet. — Ne prend presque plus de crises ; état gastrique bien meilleur. Il persiste une légère teinte subictérique des conjonctives

OBSERVATION XIX

Lypémanie. — Dilatation de l'estomac

Br..., 48 ans, a passé les troubles de la ménopause, a eu des chagrins. Entre le 17 juin dans un état de lypémanie très accentuée avec stupeur.

Elle a des troubles dyspeptiques depuis quelque temps.

A son entrée, facies jaune terreux, elle reste immobile ; répond assez difficilement aux questions, a envie de mourir. Elle pleure sans savoir pour quelle raison.

L'estomac est très dilaté. La sonorité gastrique dépasse de trois doigts la ligne ombilicale. Clapotement gastrique.

Traitement. — Salicylate de bismuth 1 gr. 50, magnésie anglaise 0,30 cent. *pro die*.

6 juillet. — Amélioration des fonctions digestives. Etat mental presque normal.

12 juillet. — L'amélioration continue. Il est très difficile de percevoir le clapotement gastrique, même au-dessus de l'ombilic.

OBSERVATION XX

(Service du D^r BRUN, médecin en chef à l'asile de Bron).

Délire hypocondriaque avec claustrophobie. — Impulsions suicides. — Troubles gastro-intestinaux extrêmement marqués, avec dilatation de l'estomac. — Amélioration simultanée de l'état mental et des troubles dyspeptiques.

D... (F)., entre à l'asile en janvier 1892.

Pas d'antécédents héréditaires ni de maladies graves. Pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Le début de son affection mentale remonte à environ 8 mois. Il a été précédé longtemps auparavant par des troubles gastro-intestinaux tels que anorexie, difficulté et lenteur des digestions, dyspepsie flatulente, vomissements, alimentaires et glaireux avec douleurs épigastriques.

A l'entrée, le malade manifeste un délire hypocondriaque très net avec *tædium vitae* et accès d'excitation pendant lesquels il demande la mort et a des impulsions suicides. Bien qu'il localise, principalement au niveau de la région épigastrique et abdominale, les sensations douloureuses qu'il dit éprouver, il se plaint de souffrir dans toutes les parties du corps. Quand il se trouve dans une pièce étroite, sous un tunnel, il éprouve une sensation d'étouffement d'angoisse et voudrait toujours avoir devant lui un espace découvert avec la faculté d'aller où il voudrait.

L'examen de la région épigastrique permet de reconnaître d'une façon bien nette l'existence d'une dilatation stomacale avec clapotement, augmentation du tympanisme gastrique. La langue est blanchâtre; les digestions extrêmement laborieuses s'accompagnent de diarrhée habituelle.

Sous l'influence du traitement hydrothérapique, des amers et des toniques combinés avec le naphtol, le malade éprouve une certaine amélioration dans son état mental. Il est moins excitable, moins inquiet, dort mieux en même temps. Son teint ordinairement jaunâtre s'éclaircit un peu et il reprend un très léger embonpoint.

Réclamé par sa famille il sort de l'asile amélioré.

CHAPITRE IV

DES CARACTÈRES DU DÉLIRE DES DILATÉS GASTRIQUES

Dans toutes les observations qui font le sujet de notre travail, nous nous sommes attaché à ne prendre que les grandes dilatations de l'estomac, laissant systématiquement de côté tous les cas où il pouvait subsister un doute. Une fois seulement, nous n'avons pas suivi le principe qui nous guidait; mais le cas était intéressant, il s'agissait d'une dilatation cæcale accompagnant une petite gastrectasie.

On peut se demander maintenant si la dilatation de l'estomac est fréquente chez les aliénés. Lorsque nous avons commencé ce travail, alors que nous cherchions les malades qui pouvaient présenter cette affection,

nous nous sommes rapidement aperçu qu'il fallait diriger nos investigations du côté des lypémaniques. Nous en avons examiné près de 100, et sur ce nombre nous n'avons trouvé que 16 dilatations de l'estomac absolument nettes. Nous avons aussi examiné un nombre à peu près égal de paralytiques généraux ou convulsifs et nous avons noté seulement trois cas de gastrectasie liée à des phénomènes convulsifs.

Ces points établis, nous pouvons nous demander si le délire des dilatés offre un caractère spécial et auparavant essayer d'esquisser à grands traits la genèse des troubles mentaux qui peuvent être la conséquence d'une dilatation du ventricule.

MM. Bouveret et Devic (*loc. cit.*) ont montré les relations qui existent entre les troubles dyspeptiques et le changement du caractère. C'est là comme une première étape qui peut conduire l'individu prédisposé à l'aliénation mentale. Les dilatés présentent de la dépression cérébrale qui se traduit par l'affaiblissement et la fatigue précoce de toutes les facultés intellectuelles, la mémoire, l'attention, la volonté, le jugement et la résistance aux impressions morales.

« Le caractère est également changé et cette modification est parfaitement remarquable chez l'homme qui était doux et d'humeur facile. Les mille petits ennuis de la vie, un bruit importun, les cris des enfants, l'insuccès d'un projet de nulle importance, l'arrivée d'une personne peu sympathique ou seulement étrangère sont autant de causes d'impatience, d'emportements et d'accès de mauvaise humeur. Cette excitabilité est quelquefois poussée assez loin pour rendre très

difficile l'accomplissement des devoirs professionnels.

Quelques individus ont à un haut degré le sentiment de la diminution de leur énergie morale, de la déchéance de leur personnalité et c'est pour eux une cause d'accès de désespoir. Arrivés là, ces malades sont déjà sur le seuil de l'aliénation mentale. Un pas de plus, il est franchi. Cet état de dépression mélancolique va en progressant ; les dilatés perdent toute activité cérébrale et tombent dans une sorte d'indifférence générale, pour les uns c'est le dégoût de la vie, le *tædium vitæ*, le spleen et les tentations de suicide ne sont pas rares à cette période. Les idées tristes qui les hantent ne sont point absurdes par elles-mêmes, elles le deviennent par l'exagération de leur intensité. Tels sont obsédés par la crainte d'être une occasion de gêne pour leur famille (obs. 10), exagèrent la gravité des charges qui leur sont imposées et comme ils ne se sentent pas la force de les remplir, ils veulent se détruire (obs. 1 et 3), se croient atteints de nombreuses maladies (obs. 17) dont il leur est impossible de se guérir et veulent se jeter à l'eau ; ils ont une peur excessive de rester seul dans un espace clos (obs. 20), etc., etc. Il est à noter que cette phase hypocondriaque avec anxiété, fait rarement défaut chez les dilatés de l'estomac et tient sa source de sensations douloureuses dont cet organe est le siège.

D'autres, après une courte période de mélancolie simple, tombent dans un état de stupeur plus ou moins accentuée. C'est ce que nous remarquons dans deux de nos observations. Une malade (obs. 3) est dans un état de fausse stupeur derrière lequel se cache un délire

très actif; elle a des visions terrifiantes, elle est héréditaire et peut-être alcoolique. Une autre (obs. 4) est dans un état voisin de la vraie stupeur, la physionomie est inerte, le regard sans expression, la bouche entrouverte laissant écouler de la salive. De plus elle refuse la nourriture pour se laisser mourir parce qu'elle est indigne de vivre.

A mesure que la maladie fait des progrès, le délire s'accroît et les idées de persécution commencent à se montrer : le délire n'est pas systématisé, ces malades se croient accusés de mille crimes, sont tourmentés, mais ne peuvent désigner leurs persécuteurs. La systématisation pourra s'établir si le traitement ne vient modifier l'état mental et si le malade est lui-même un prédisposé héréditaire.

Telle est l'esquisse des troubles mentaux qui se montrent plus spécialement liés à la dilatation de l'estomac, lorsque cette dernière peut être considérée comme la cause occasionnelle de la psychopathie. Nous devons toutefois faire remarquer qu'un dilaté ne doit pas nécessairement parcourir toutes les étapes que nous venons de signaler.

Il suffit de se reporter à nos observations pour se rendre compte de ce fait; on verra qu'il y a des temps d'arrêt, des irrégularités (obs. 1) dans la marche de l'affection et coïncidant avec des exacerbations de l'état gastrique ou par le fait d'un traitement opportun. C'est cette question de thérapeutique dont nous voulons montrer toute l'importance. Par une médication appropriée, il n'est pas rare de voir se modifier d'une façon parfois surprenante l'état mental du sujet. Mais d'après

les considérations où nous sommes entrés à propos de l'action toxique des fermentations stomacales, on se rend aisément compte du mécanisme de l'amélioration que l'on obtient par les antiseptiques intestinaux.

En recherchant les dilatations de l'estomac sur un grand nombre d'aliénés, nous avons reconnu que certains d'entre eux étaient atteints d'ectasie ventriculaire dont le début était postérieur à leur internement, et par conséquent étrangère au développement de leurs troubles mentaux. Ce qu'il y a d'intéressant à noter chez ces malades, c'est la modification apportée à leur délire par ces troubles gastriques. Et ce qui prouve que cette modification est bien sous la dépendance des fonctions digestives, c'est qu'en améliorant ces dernières, on débarrasse le délire de tout ce qu'il avait de surajouté. Si l'on veut bien se reporter aux observations n^{os} 9 et 14, on verra que la note dominante imprimée au délire est une note triste. La malade qui fait l'objet de l'observation 9 est une cardiaque avec délire de persécution. Depuis quelque temps elle présente des symptômes dyspeptiques et l'examen physique révèle une dilatation stomacale assez notable; cet état somatique a eu un retentissement sur la sphère intellectuelle de la malade, elle est devenue triste, anxieuse, gémit presque continuellement, reste accroupie dans un coin et se plaint de douleurs stomacales qu'elle attribue à des manœuvres électriques de ses ennemis. L'amélioration de son état gastrique coïncide avec une amélioration parallèle de l'état psychique.

L'observation XIV est analogue.

De la lecture de nos observations se détache l'ex-

trême rareté des hallucinations. Nous ne l'avons noté qu'une fois. Nous ne notons pas d'idées de grandeur. Une seule malade (obs II) a eu des idées de satisfaction.

La dilatation de l'estomac crée de toutes pièces un délire hypocondriaque, modifie le délire quand elle est secondaire, comme nous venons de le voir; elle peut être encore la cause d'un trouble dynamique dans les centres nerveux. C'est ce que prouve nos observations V, VI et XVIII. Les trois observations, dont l'une est tirée d'un auteur italien, les deux autres du service de M. Pierret, mettent en évidence les mêmes faits, un état convulsif lié à un état gastro-intestinal. La malade de l'observation 5 prenait des crises convulsives toutes les fois que les fonctions gastriques se faisaient mal et que les selles devenaient irrégulières. Un deuxième malade (obs. 18) prenait des crises hystériformes nocturnes en même temps que ses fonctions digestives étaient en mauvais état. L'état somatique s'est amélioré, et en même temps est venue la cessation presque complète des crises. La troisième observation a rapport à un jeune homme dilaté de l'estomac et épileptique consécutivement; il fut guéri par les lavages de l'estomac. De plus, son foie étant augmenté de volume ne pouvait servir à détruire les poisons intestinaux.

Ces faits commencent du reste à être connus; on a publié un cas d'aphasie transitoire liée à la dilatation de l'estomac. M. Marie vient de publier une leçon sur la fréquence des infections au seuil de l'épilepsie. Cette opinion est aussi défendue par MM. Lemoine et Veysset.

Il nous reste à rapprocher de la dilatation stomacale la dilatation cæcale, qui fait l'objet de l'observation XIV. La malade a une très petite dilatation stomacale, mais elle présente dans ses antécédents une fièvre typhoïde et, comme symptômes actuels, de la constipation avec douleur vive dans la fosse iliaque droite et gazouillement. Les produits toxiques qui se forment dans cette partie du gros intestin déterminent des accidents analogues et quelquefois plus intenses que les fermentations secondaires nées dans l'estomac.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les modifications qui ont été préconisées contre la dilatation de l'estomac. D'autres plus autorisés que nous ont formulé des méthodes thérapeutiques basées sur les idées pathogéniques, qu'ils se forment de cette affection. Leven, admettant la théorie nerveuse, avait été amené à administrer les médicaments nervins; M. Glénard croyant à des troubles purement méconus, préconise la ceinture hypogastrique et les moyens propres à relever les intestins prolapsés; M. Bouchardet son école, pensant que tous les phénomènes dus à la dila-

tation de l'estomac sont de l'ordre des intoxications, a été amené à faire l'autopsie intestinale.

Dans une thèse récente (1), inspirée par M. Pierret, M. Feyat a exposé les phénomènes nerveux et mentaux liés à la production des toxines intestinales dans la constipation.

Dans la dilatation stomacale, des fermentations analogues se produisent. C'est l'idée pathogénique à laquelle nous nous rattachons et qui nous a guidé dans notre thérapeutique. Assurer l'antisepsie intestinale et donner à la fibre musculaire la tonicité qui lui fait défaut, telles sont les bases de notre traitement.

Les troubles psychiques, n'étant que deutéropathiques, disparaissent assez rapidement sitôt que la cause occasionnelle cesse de produire ses effets morbides.

Cependant dans quelques cas où les malades présentaient des phénomènes d'excitation vive, nous avons fait, en même temps que de l'antisepsie intestinale, de la thérapeutique symptomatique, en recourant aux agents sédatifs du système nerveux.

Dans les cas ordinaires, voici quelle fut notre ligne de conduite; il fallait assurer l'antisepsie du tube intestinal et amener la régularité des selles. Nous avons associé, suivant le précepte de M. Dujardin-Beaumetz, dans ses cliniques, la magnésie anglaise aux préparations naphtolées (salicylate et benzoate) à la dose moyenne de 3 grammes par jour.

Chez certains mélancoliques dilatés, la constipation

(1) Lyon, 1890. — *De la Constipation.*

résistant au traitement précédent, nous avons été obligé de recourir aux laxatifs, tels que la rhubarbe pour éliminer les produits toxiques des fermentations.

Dans quelques cas nous avons essayé les lavages de l'estomac, dont nous attendions d'heureux effets, mais qui n'ont pu être continués à cause de la résistance habituelle des malades. Nous croyons qu'il y a avantage à employer pour le lavage une solution naphtolée à 0,50 ‰. A côté du rôle purement antiseptique du lavage, se place son effet tonique sur la fibre musculaire. Ce dernier effet ne doit pas être négligé ; à ce point de vue, les préparations à base de strychnine peuvent être employées. Leur association avec les antiseptiques ne peut que favoriser la guérison.

Certains auteurs ont préconisé dans le même but le massage épigastrique, d'autres l'électricité, d'autres encore l'hydrothérapie.

Dans un cas nous avons employé, non sans succès, cette dernière méthode. Nous donnions chaque jour des douches de 10 à 20 secondes avec le jet brisé et modéré ; la malade devait être au préalable en état de moiteur, afin que la réaction soit plus intense. Cette douche était immédiatement suivie d'un massage énergique.

Soupçonne-t-on derrière le trouble psychique dû à l'affection stomacale, un état dyscrasique qui peut être invoqué, comme la cause des désordres somatiques, il est évident qu'il faudra modifier le terrain, c'est-à-dire traiter la diathèse elle-même. Nous croyons inutile d'entrer dans de plus grands détails sur cette question

de thérapeutique. Rappelons que M. Pierret au Congrès de médecine mentale 1889 a insisté sur ce fait.

Indiquons en terminant les considérations qui émanent de nos recherches touchant l'effet plus ou moins rapide produit par la médication antiseptique sur les symptômes intellectuels. Dans plusieurs cas l'administration des préparations naphtolées associées à la magnésie anglaise, a amené en quelques jours une amélioration très notable. En général il nous a fallu continuer le traitement un mois et même davantage pour constater un effet durable. Car il n'est pas rare de voir reparaître les symptômes psychiques momentanément amendés, lorsque le traitement rationnel est brusquement interrompu. Il faut donc savoir persévérer et ne pas abandonner une médication qui ne donne pas toujours immédiatement des résultats définitifs. En effet si l'amélioration est rapide, dans la plupart des cas, la guérison définitive se fait attendre de longs mois.

Dans le dernier numéro du *Progrès médical*, le bulletin est consacré au *Traitement chirurgical de la gastrectasie*. Se basant sur cette idée que si l'on crée au niveau d'un réservoir dilaté une voie de dégorgement, l'auteur croit que l'on a quelques chances de diminuer la capacité de ce réservoir. A cet effet il propose de faire une *gastrotomie temporaire*. Certains chirurgiens ont déjà préconisé la *résection partielle de l'estomac, la plicature de ses parois*, quoi qu'il en soit, en attendant les résultats ultérieurs de ce mode de traitement, nous continuons à donner les antiseptiques intestinaux.

CONCLUSIONS

1° La dilatation de l'estomac est une cause occasionnelle de délire chez les prédisposés héréditaires ;

2° Le délire des dilatés a une forme spéciale ; il est en général caractérisé par une forme hypocondriaque. Exceptionnellement on constate des formes convulsives.

3° La dilatation de l'estomac détermine des troubles psychiques par le procédé suivant : sous l'influence de la diminution d'activité du suc gastrique ; il se produit dans le ventricule dilaté des fermentations secondaires qui sont des poisons du système nerveux, et peuvent déterminer des phénomènes dépressifs ou convulsifs.

4° L'aliénation mentale due à la dilatation de l'estomac se modifie d'une façon heureuse sous l'influence d'un traitement antiseptique qui modifie l'état de la muqueuse gastrique.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse, *Le Doyen,*
PIERRET. LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 juillet 1892.

Le Recteur,
— — — — — EM. CHARLES.

